

Un pas en avant, un pas en arrière : abandon du tabac et rechute

par Margot Shields

Bien que les taux d'usage du tabac aient diminué considérablement au cours des 40 dernières années, près d'un Canadien de 18 ans et plus sur quatre fumait en 2003. Ce taux est élevé, si l'on sait que l'usage du tabac est le facteur de risque le plus important associé aux maladies chroniques¹ et qu'il demeure la principale cause évitable de décès au Canada². En 1998, environ 48 000 décès survenus au Canada étaient attribuables à l'usage du tabac, soit une hausse d'environ 25 % par rapport à la décennie précédente². Selon des estimations récentes, 50 % de fumeurs succomberont à une maladie liée au tabagisme³.

L'usage du tabac est l'une des causes du cancer du poumon et d'autres formes de cancer, des maladies coronariennes, des accidents vasculaires cérébraux et des maladies respiratoires chroniques. Abandonner le tabac réduit le risque de souffrir de ces maladies^{1,4,5}. En fait, quel que soit l'âge du fumeur, cesser de fumer augmente l'espérance de vie^{2,4}. On estime que le risque de mortalité chez un ancien fumeur qui a abandonné le tabac 10 à 15 ans plus tôt est à peu près le même que chez les personnes qui n'ont jamais fumé⁴.



Cesser de fumer est l'une des décisions les plus importantes que peut prendre un fumeur pour améliorer sa santé. Cela n'est cependant pas facile, car le tabac a un puissant effet d'accoutumance. Il n'est pas rare que des fumeurs doivent s'y prendre sérieusement trois ou quatre fois avant de réussir à abandonner le tabac, ce qui peut durer plusieurs années^{6,7}.

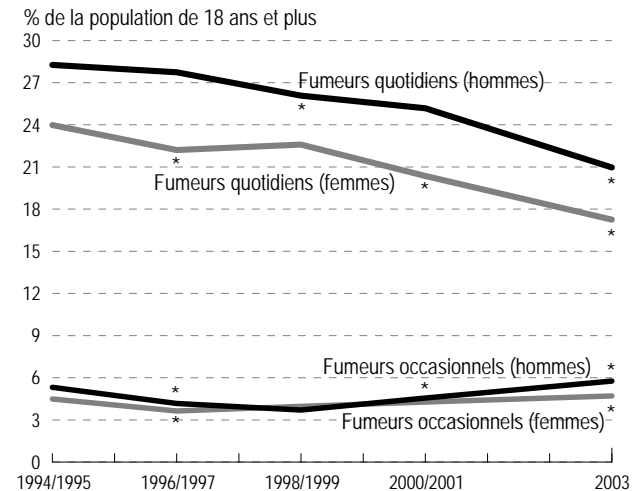
Sur la base des données longitudinales provenant des cinq cycles (1994-1995 à 2002-2003) de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), la présente analyse a pour but d'estimer le pourcentage de fumeurs quotidiens de 18 ans et plus qui ont cessé de fumer au cours de périodes successives de deux ans et d'étudier les facteurs associés à l'abandon du tabac. Une analyse comparable montre le pourcentage d'anciens fumeurs quotidiens qui ont recommencé à fumer quotidiennement et les caractéristiques qui ont une incidence sur la probabilité d'une rechute. (Voir Définitions, Sources des données, Techniques d'analyse et Limites).

Tendance à la baisse

Au milieu des années 1960, époque où Statistique Canada a recueilli pour la première fois des renseignements sur l'usage du tabac, près de la moitié des adultes canadiens fumaient la cigarette. Quatre décennies plus tard, en 2003, la proportion était de 24 %. La baisse des taux d'usage du tabac a été plus prononcée chez les hommes que chez les femmes. Au milieu des années 1960, le taux d'usage du tabac chez les hommes surpassait de 22 points celui observé pour les femmes (59 % contre 37 %). En 2003, l'écart n'était plus que de cinq points (27 % contre 22 %).

La plupart des personnes qui fument le font tous les jours. En outre, les tendances quant à l'usage quotidien et l'usage occasionnel du tabac diffèrent. Depuis 1994-1995, les taux d'usage quotidien du tabac ont diminué aussi bien chez les hommes que chez les femmes, mais la proportion de personnes qui fument à l'occasion est demeurée assez stable, fluctuant

Graphique 1
Au cours de la dernière décennie, l'usage quotidien du tabac a diminué, mais l'usage occasionnel est demeuré stable



Nota : Le taux d'usage quotidien du tabac est significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour toutes les périodes. Le taux d'usage occasionnel du tabac est significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour 2003.

* Valeur significativement différente de celle observée pour la période précédente ($p < 0,05$).

Sources des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999, Fichier transversal santé; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001 et de 2003.

entre 4 % et 6 % (graphique 1). En 2003, 21 % des hommes de 18 ans et plus et 17 % de femmes du même groupe d'âge fumaient quotidiennement. Les deux taux étaient inférieurs d'environ 7 points à ceux observés pour 1994-1995.

Abandon du tabac

Le taux d'abandon du tabac correspond au pourcentage de personnes qui fumaient quotidiennement lors d'un cycle de l'ENSP, mais qui, lors d'une nouvelle entrevue deux ans plus tard, ont déclaré qu'elles ne fumaient pas. (Comme les fumeurs occasionnels représentent un groupe particulier de petite taille, l'analyse de l'abandon du tabac est limitée aux fumeurs quotidiens.)

Le pourcentage de fumeurs quotidiens qui ont cessé de fumer au cours d'une période de deux ans a augmenté depuis le milieu des années 1990 (tableau 1). Entre 1994-1995 et 1996-1997, environ 10 % de fumeurs



Tableau 1
Pourcentage de fumeurs quotidiens qui ont arrêté de fumer au cours d'une période de deux ans, selon le sexe, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

	Les deux sexes	Hommes	Femmes
	%	%	%
Taux global d'abandon du tabac sur deux ans	12,7	13,1	12,2
1994-1995 à 1996-1997	9,6	8,7	10,7
1996-1997 à 1998-1999	11,8 ¹	12,7 ¹	10,8
1998-1999 à 2000-2001	13,9 ¹	15,0 ¹	12,8
2000-2001 à 2002-2003	16,8 ¹	17,9 ¹	15,6 ¹

¹ Valeur significativement plus élevée que pour 1994-1995 à 1996-1997 ($p < 0,05$).

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2002-2003, Fichier longitudinal carré

quotidiens ont abandonné le tabac; entre 2000-2001 et 2002-2003, la proportion était de 17 %.

Les fumeurs ne sont pas tous aussi susceptibles les uns que les autres d'arrêter de fumer. Certaines caractéristiques et situations semblent faciliter le processus, tandis que d'autres pourraient l'entraver. Dans le cadre de la présente analyse, l'abandon du tabac est examiné en fonction des habitudes à l'égard du tabac, de l'état de santé, de variables psychosociales, du mode de vie et de caractéristiques sociodémographiques. Naturellement, ces facteurs n'interviennent pas de façon isolée. Ainsi, à un âge avancé, les fumeurs peuvent manifester des problèmes de santé chronique susceptibles de les motiver à cesser de fumer. Il se pourrait aussi que les personnes qui ont commencé à un très jeune âge fument plus que celles qui l'ont fait plus tard. L'analyse des données de l'ENSP couvrant huit années a permis, en tenant compte de ces interactions, de dégager le rôle joué par plusieurs variables qui ont une incidence significative sur l'abandon du tabac.

Effet d'accoutumance puissant

Selon certains auteurs, l'effet d'accoutumance à la nicotine est l'obstacle principal à l'abandon du tabac⁸. L'analyse des données de l'ENSP

montre effectivement qu'il existe une association entre les indicateurs d'accoutumance et la probabilité de cesser de fumer. Les grands fumeurs (25 cigarettes ou plus par jour) des deux sexes sont nettement moins susceptibles d'abandonner le tabac que les petits fumeurs (moins de 10 cigarettes par jour) (tableau A en annexe).

Le moment où l'on fume la première cigarette de la journée est aussi un indicateur du degré d'accoutumance⁹. Les hommes et les femmes qui fument leur première cigarette dans les 30 minutes après le réveil sont moins susceptibles d'arrêter de fumer que ceux et celles qui attendent plus d'une heure.

Enfin, les hommes et les femmes qui avaient moins de 18 ans lorsqu'ils ont commencé à fumer sont moins susceptibles d'abandonner la cigarette que ceux et celles qui ont commencé à fumer à un âge plus avancé.

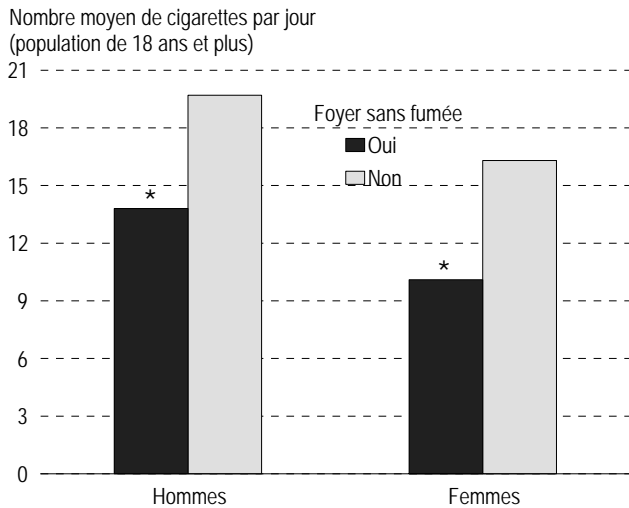
Restrictions à l'usage du tabac

Le nombre croissant de restrictions visant l'usage du tabac dans les lieux publics et dans les résidences privées pourrait inciter les fumeurs à modifier leur comportement^{1,10,11}. Les fumeurs vivant dans un foyer sans fumée étaient beaucoup plus susceptibles d'arrêter de fumer (17 %) comparativement à ceux qui n'étaient pas contraints à des restrictions (12 %). Toutefois, cette différence n'était plus significative lorsque le nombre de cigarettes fumées quotidiennement était pris en compte, peu importe le sexe.

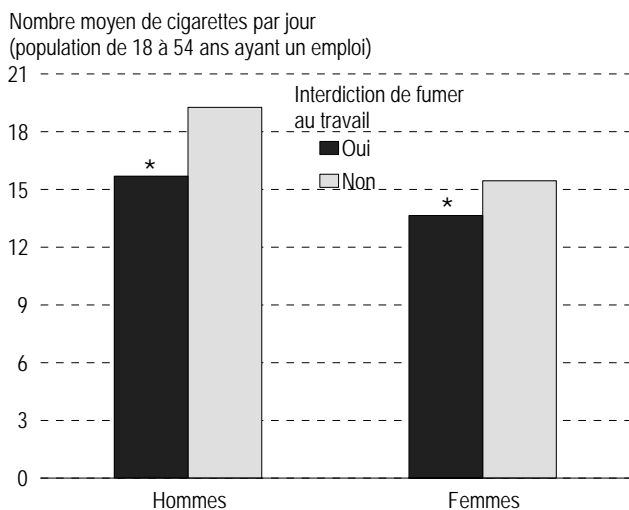
Néanmoins, il existe un lien entre les environnements sans fumée et la consommation de cigarettes aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Les hommes qui fumaient tous les jours, mais qui vivaient dans un foyer sans fumée ont dit consommer, en moyenne, 14 cigarettes par jour, comparativement à 20 par jour pour ceux vivant dans un ménage où il était permis de fumer (graphique 2). Pour les fumeuses, les moyennes correspondantes étaient de 10 et de 16 cigarettes par jour.



Graphique 2
La consommation de cigarettes des fumeurs quotidiens est plus faible s'ils vivent dans un foyer sans fumée . . .



. . . et n'ont pas le droit de fumer au travail



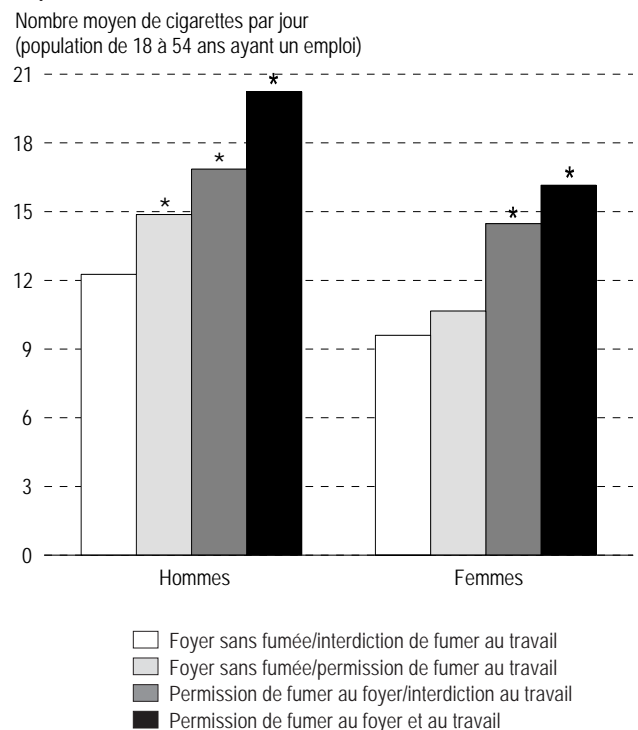
* Valeur significativement plus faible que pour la catégorie « Non » ($p < 0,05$).
Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2002-2003, Fichier longitudinal carré

Les interdictions de fumer au travail sont également reliées à la consommation de cigarettes, mais dans une moindre mesure. Les fumeurs quotidiens de sexe masculin qui n'avaient pas le droit de fumer au travail ont dit consommer, en moyenne, 16 cigarettes par jour, comparativement à 19 par jour pour ceux travaillant dans un lieu où l'interdiction n'était

que partielle ou inexistante; pour les fumeuses, les moyennes correspondantes étaient de 14 et de 15 cigarettes par jour. Il reste à déterminer si les restrictions poussent les fumeurs à réduire leur consommation de cigarettes ou si les grands fumeurs recherchent des lieux de travail où il n'y a pas de restriction. Cependant, selon certaines études longitudinales portant sur les lieux de travail avant et après l'entrée en vigueur des interdictions de fumer, les fumeurs réduisent leur consommation après la mise en application des restrictions¹².

Lorsque combinés, la vie dans un foyer sans fumée et le travail dans un lieu où il est interdit de fumer ont un effet encore plus important sur la consommation de cigarettes (graphique 3). Les hommes fumant tous les

Graphique 3
La consommation de cigarettes des fumeurs quotidiens est d'autant plus faible que le nombre de restrictions qui leur est imposé est élevé



Nota : Population de 18 à 54 ans ayant un emploi
* Valeur significativement plus élevée que pour les catégories précédentes ($p < 0,05$).
Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2002-2003, Fichier longitudinal carré



jours qui vivaient dans un foyer sans fumée et travaillaient dans un lieu où l'usage du tabac était interdit consumaient, en moyenne, 8 cigarettes de moins par jour que ceux qui étaient autorisés à fumer à la maison et au travail. Dans le cas des femmes, la différence est de 6,5 cigarettes par jour.

Étant donné la forte relation entre le nombre de cigarettes fumées par jour et l'abandon du tabac, le fait que vivre dans un foyer sans fumée et travailler dans un lieu avec des interdictions de fumer soient associées à une consommation plus faible de cigarettes est une constatation particulièrement importante. Les restrictions de l'usage du tabac à la maison et au travail n'ont peut-être pas d'effet immédiat sur l'abandon du tabac, mais la réduction de la consommation de cigarettes associée aux environnements sans fumée pourrait, en dernière analyse, rendre l'abandon plus facile.

Un avertissement?

Même si l'on tient compte de la forte influence des indicateurs d'accoutumance, l'analyse montre que plusieurs facteurs liés à la santé ont une incidence sur les chances de cesser de fumer.

Les fumeurs quotidiens de sexe tant masculin que féminin chez lesquels on vient de diagnostiquer un problème de santé au niveau vasculaire — maladie cardiaque, hypertension, accident vasculaire cérébral ou diabète — sont nettement plus susceptibles d'arrêter de fumer que ceux chez lesquels ce genre de problèmes de santé ne s'est pas manifesté durant le même intervalle de deux ans. Par contre, les problèmes vasculaires préexistants ne sont pas associés à l'abandon du tabac. D'autres études ont également montré qu'il n'y a pas de lien entre la prévalence de la maladie^{13,14} et l'abandon du tabac, mais que des problèmes de santé survenus récemment peuvent inciter un fumeur à arrêter^{15,16} de fumer.

Fait un peu curieux, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, ni l'existence

préalable ni le diagnostic récent d'une maladie du système respiratoire (bronchite chronique, emphysème ou asthme) n'est associé à l'abandon du tabac.

La relation entre le poids et l'abandon du tabac est complexe. Bien que les fumeurs qui ont un excès de poids ou qui sont obèses puissent être motivés à cesser de fumer à cause des risques supplémentaires que cela pose pour leur santé, la crainte de prendre davantage de poids pourrait les décourager. Selon les données de l'ENSP, les fumeurs quotidiens obèses ou ayant un excès de poids ne sont pas plus susceptibles d'abandonner le tabac que ceux dont le poids se situe dans une fourchette normale.

Enfin, la consommation abusive d'alcool réduit les chances relatives de cesser de fumer chez les femmes, mais n'a aucun effet significatif chez les hommes.

Tristesse, solitude, stress

La détresse psychologique est mesurée en fonction de la fréquence à laquelle une personne se sent triste, nerveuse, agitée ou ne tenant pas en place, désespérée, bonne à rien ou a l'impression que tout est un effort. Par ailleurs, le soutien émotionnel consiste à connaître une personne à qui l'on peut se confier ou à qui l'on peut parler de ses problèmes personnels, sur laquelle on peut compter en cas de crise, qui peut donner des conseils au sujet de décisions personnelles importantes et qui peut témoigner de l'amour et de l'affection. Chez les fumeurs de sexe masculin, une détresse psychologique d'intensité moyenne ou forte et un faible soutien émotionnel réduisent les chances relatives de cesser de fumer. Par contre, chez les fumeuses, ni la détresse psychologique ni le soutien émotionnel ne sont associés à la probabilité d'abandonner le tabac.

Chez les femmes qui fument, un élément plus important est le nombre de facteurs de stress auxquels elles font face dans leur vie



quotidienne, comme essayer de faire trop de choses en même temps, avoir l'impression que les autres attendent trop d'elles ou avoir des problèmes avec le conjoint ou les enfants. Les femmes qui déclarent six facteurs de stress ou plus sont moins susceptibles d'arrêter de fumer que celles qui n'en déclarent qu'un seul ou aucun. Chez les hommes, le stress chronique n'est pas associé à l'abandon du tabac.

Facteurs sociodémographiques et mode de vie

Plusieurs autres facteurs sont corrélés significativement à l'abandon du tabac, mais ceux qui semblent jouer un rôle important chez l'un des deux sexes sont souvent sans importance chez l'autre.

Par exemple, les chances relatives de cesser de fumer sont plus élevées pour les fumeuses de 18 à 29 ans que pour celles de 30 à 64 ans. En ce qui concerne l'abandon du tabac, l'avantage des jeunes femmes par rapport aux femmes d'âge mûr pourrait être lié au désir d'une grossesse ou le fait d'être enceinte^{5,17}. Chez les hommes, l'âge n'est pas associé à l'abandon du tabac.

Les fumeurs masculins vivant dans un foyer comptant de jeunes enfants sont plus susceptibles de cesser de fumer que ceux vivant dans un ménage sans enfant. Par contre, chez les fumeuses, la présence de jeunes enfants dans le ménage n'est pas associée à l'abandon du tabac, mais il se pourrait que bon nombre de femmes qui ont de jeunes enfants aient cessé de fumer durant leur grossesse¹⁷.

Tant chez les hommes que chez les femmes, il existe un lien entre des niveaux élevés de scolarité et de revenu du ménage et l'abandon du tabac.

Rechute

Les personnes qui arrêtent de fumer ne le font pas tous de façon définitive. Plusieurs tentatives sont parfois nécessaires avant de réussir. En

outre, certaines circonstances peuvent pousser à recommencer, même chez les personnes qui pensaient avoir finalement arrêté pour de bon.

Les données de l'ENSP permettent de repérer les « anciens fumeurs quotidiens », c'est-à-dire les personnes qui ne fumaient pas à un moment de l'enquête, mais qui avaient déclaré antérieurement qu'elles fumaient quotidiennement. Lorsque ces personnes ont été réinterviewées deux ans plus tard, certaines avaient recommencé à fumer. Ces personnes sont classées dans la catégorie des « rechuteurs ». Au cours de la période de huit ans allant de 1994-1995 à 2002-2003, le taux de rechute sur deux ans est demeuré stable, à environ 4 % (tableau 2).

Tableau 2

Taux de rechute sur deux ans des anciens fumeurs quotidiens, selon le sexe, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

	Les deux sexes	Hommes	Femmes
	%	%	%
Taux global de rechute sur deux ans	4,2	3,8	4,7
1994-1995 à 1996-1997	4,2	3,6 ^{E1}	4,9
1996-1997 à 1998-1999	4,7	4,1	5,5
1998-1999 à 2000-2001	4,0	4,3	3,6 ^{E1}
2000-2001 à 2002-2003	4,0	3,3	4,7 ^{E1}

E À utiliser avec prudence.

¹ Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2002-2003, Fichier longitudinal carré

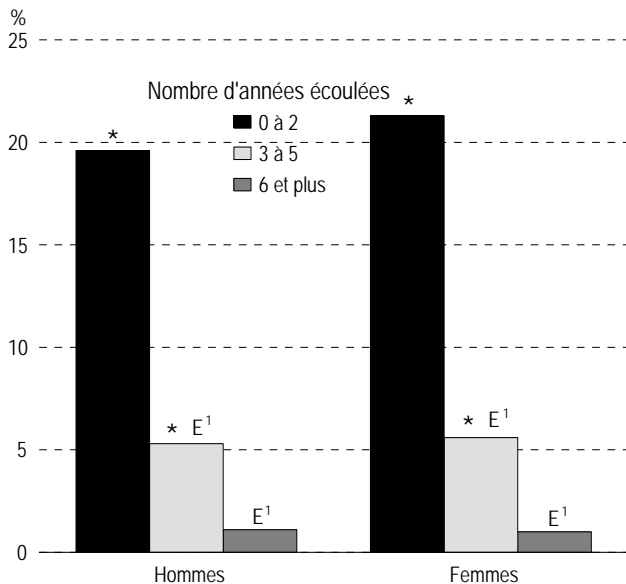
Nombre d'années écoulées depuis l'abandon du tabac

La rechute est fortement associée au temps écoulé depuis qu'une personne a cessé de fumer. Environ un homme et une femme sur cinq qui ne fumaient plus depuis deux ans ou moins ont recommencé au cours des deux années suivantes (graphique 4). Par contre, 5 % seulement d'anciens fumeurs quotidiens qui n'avaient pas fumé depuis trois à cinq ans ont recommencé à fumer et, parmi ceux qui avaient arrêté depuis plus de cinq années, la proportion n'était que de 1 %.



Graphique 4

Le taux de rechute aux deux ans des anciens fumeurs quotidiens varie selon le nombre d'années écoulées depuis qu'ils ont cessé de fumer . . .



*Nota : Fondé sur la population à domicile de 18 ans et plus.
* Valeur significativement plus élevée que pour le ou les groupes subséquents ($p < 0,05$).
E À utiliser avec prudence
¹ Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %.
Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2002-2003, Fichier longitudinal carré*

Degré d'accoutumance

Alors qu'un haut degré d'accoutumance fait baisser les chances relatives d'arrêter de fumer, le lien entre accoutumance et rechute est moins clair⁷. Les femmes qui ont été de moyennes ou de grandes fumeuses quotidiennes sont plus susceptibles de rechuter que celles qui auparavant, fumaient moins de 10 cigarettes par jour (tableau B). Chez les hommes, ce lien s'observe pour les fumeurs moyens, mais non pour les grands fumeurs. L'âge auquel une personne commence à fumer n'est associé au risque de rechute ni chez l'homme ni chez la femme.

Milieus sans fumée

La présence de fumeurs dans le ménage ou dans l'environnement social immédiat d'un ancien fumeur a été décrite comme un

prédicteur de rechute^{7,18}. Selon les résultats de l'analyse des données de l'ENSP, les hommes qui vivent dans un foyer sans fumée sont nettement moins susceptibles de recommencer à fumer que ceux qui font partie d'un ménage où il est permis de fumer. En revanche, vivre dans un foyer sans fumée n'est pas corrélé à la rechute chez les femmes.

Par ailleurs, les femmes qui n'ont pas le droit de fumer au travail sont moins susceptibles de rechuter que celles qui en ont le droit (données non présentées). Chez les hommes, les taux de rechute sont comparables qu'il leur soit ou non permis de fumer au travail.

Tendances ambiguës

Ni chez l'homme ni chez la femme, on n'observe d'association entre la rechute et l'existence d'un problème de santé au niveau vasculaire. Cependant, les femmes souffrant d'un problème du système respiratoire sont moins susceptibles de rechuter que les autres. Les hommes obèses ou ayant un excès de poids sont également moins susceptibles de rechuter que ceux dont le poids se situe dans la fourchette de poids acceptable. Chez les femmes, le poids n'est pas lié à la rechute.

Le soutien émotionnel n'est associé à la rechute ni chez les hommes ni chez les femmes qui ont cessé de fumer, quoique chez les femmes, des niveaux élevés de stress chronique et de détresse psychologique sont liés à la reprise de l'usage du tabac.

Selon certaines études, il existerait une association positive entre la consommation d'alcool et la rechute des anciens fumeurs^{7,19,20}. Néanmoins, si l'on s'en tient aux données de l'ENSP, la forte consommation d'alcool n'est pas associée à la rechute.

Alors que les chances relatives d'abandonner le tabac sont élevées chez les fumeurs dont les niveaux de scolarité et le revenu du ménage sont élevés, ni l'un ni l'autre de ces facteurs ne sont corrélés significativement à la rechute.

Enfin, les jeunes femmes (de 18 à 29 ans) sont plus susceptibles que les femmes d'âge



mûr d'abandonner le tabac, mais elles sont aussi plus susceptibles de recommencer à fumer.

Mot de la fin

En 2003, 19 % de la population canadienne âgée de 18 ans et plus fumaient des cigarettes tous les jours. Cette proportion est inférieure de 7 points à celle observée au milieu des années 1990, mais elle demeure élevée, compte tenu de la gravité des conséquences pour la santé. Selon une étude récente, l'écart entre les espérances de vie des fumeurs et des non-fumeurs s'est creusé au cours des dernières décennies³. Cette tendance inquiétante rend encore plus nécessaire le besoin de chercher à comprendre les facteurs associés à l'abandon définitif du tabac.

D'après les données longitudinales de l'Enquête nationale sur la santé de la population, le degré d'accoutumance, particulièrement le nombre de cigarettes fumées par jour, est l'un des facteurs le plus fortement corrélé à l'abandon du tabac. En ce qui concerne la rechute, le facteur le plus important est le nombre d'années d'abstinence.

Chez la femme, la relation entre l'état émotionnel et l'usage du tabac est particulièrement marquée. Le stress chronique, comme avoir trop à faire en très peu de temps, essayer de répondre aux attentes des autres, ne pas se sentir appréciée, ou avoir des difficultés de relations interpersonnelles et des problèmes financiers constants, réduit les chances que les femmes arrêtent de fumer et augmente les chances que celles qui ont arrêté recommencent. Pareillement, les femmes qui ont cessé de fumer, mais qui disent éprouver une détresse psychologique intense courent le risque de rechuter.

Vivre dans un foyer sans fumée et travailler dans un lieu où il est interdit de fumer sont des facteurs associés à la diminution de la consommation de cigarettes tant chez les hommes que chez les femmes. Étant donné le lien entre l'intensité du tabagisme et les chances de cesser de fumer, ce résultat est particulièrement pertinent. Une diminution du nombre de cigarettes fumées par jour pourrait être une première étape sur le chemin difficile qui mène à l'abandon définitif du tabac. ■

Références

1. US Department of Health and Human Services, *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress*, A Report of the Surgeon General, publication DHHC n° 89-8411 (CDC), Atlanta, Georgia, US Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health, 1989.
2. E.M. Makomaski Illing et M.J. Kaiserman, « Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1998 », *Revue canadienne de santé publique*, 95(1), 2004, p. 38-44.
3. R. Doll, R. Peto, J. Boreham *et al.*, « Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors », *British Medical Journal*, 328(7455), 2004, p. 1519.
4. US Department of Health and Human Services, *The Health Benefits of Smoking Cessation*, publication DHHC n° 90-8416 (CDC), Atlanta, Georgia, US Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health, 1990.
5. US Department of Health and Human Services, *Women and Smoking*, A Report of the Surgeon General, 2001, Atlanta, Georgia, US Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health, 2001.
6. J.O. Prochaska, C.C. DiClemente et J.C. Norcross, « In search of how people change. Applications to addictive behaviors », *American Psychologist*, 47(9), 1992, p. 1102-1114.
7. S.J. Curry et C.M. McBride, « Relapse prevention for smoking cessation: review and evaluation of concepts and interventions », *Annual Review of Public Health*, 15, 1994, p. 345-366.
8. US Department of Health and Human Services, *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction*, publication DHHC n° 88-8406 (CDC), Atlanta, Georgia, US Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health, 1988.
9. A.J. Farkas, J.P. Pierce, S.H. Zhu *et al.*, « Addiction versus stages of change models in predicting smoking cessation », *Addiction*, 91(9), 1996, p. 1271-1280.



10. M. Stephens et J. Siroonian, « L'habitude de fumer et les tentatives pour s'en défaire », *Rapports sur la santé*, 9(4), 1998, p. 31-38 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
11. US Department of Health and Human Services, *Reducing Tobacco Use*, A Report of the Surgeon General, Atlanta, Georgia, US Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health, 2000.
12. S. Chapman, R. Borland, M. Scollo *et al.*, « The impact of smoke-free workplaces on declining cigarette consumption in Australia and the United States », *American Journal of Public Health*, 89(7), 1999, p. 1018-1023.
13. O. Lundberg, B. Rosen et M. Rosen, « Who stopped smoking? Results from a panel survey of living conditions in Sweden », *Social Science and Medicine*, 32(5), 1991, p. 619-622.
14. M. Osler, E. Prescott, N. Godtfredsen *et al.*, « Gender and determinants of smoking cessation: a longitudinal study », *Preventive Medicine*, 29(1), 1999, p. 57-62.
15. K.M. Freund, R.B. D'Agostino, A.J. Belanger *et al.*, « Predictors of smoking cessation: the Framingham Study », *American Journal of Epidemiology*, 135(9), 1992, p. 957-964.
16. W.P. McWhorter, G.M. Boyd et M.E. Mattson, « Predictors of quitting smoking: the NHANES I followup experience », *Journal of Clinical Epidemiology*, 43(12), 1990, p. 1399-1405.
17. W.J. Millar et G. Hill, « Grossesse et usage du tabac », *Rapports sur la santé*, 15(4), 2004, p. 55-58 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
18. K.B. Matheny et K.E. Weatherman, « Predictors of smoking cessation and maintenance », *Journal of Clinical Psychology*, 54(2), 1998, p. 223-235.
19. N. Hymowitz, M. Sexton, J. Ockene *et al.*, « Baseline factors associated with smoking cessation and relapse », MRFIT Research Group, *Preventive Medicine*, 20(5), 1991, p. 590-601.
20. R.S. Zimmerman, G.J. Warheit, P.M. Ulbrich *et al.*, « The relationship between alcohol use and attempts and success at smoking cessation », *Addictive Behaviors*, 15(3), 1990, p. 197-207.
21. Organisation mondiale de la santé, *Utilisation et interprétation de l'anthropométrie*, Rapport d'un comité OMS d'experts (OMS, Série de rapports techniques n° 854), Genève, Organisation mondiale de la santé, 1995.
22. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population, une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
23. J.L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
24. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
25. L.A. Cupples, R.B. D'Agostino, K. Anderson *et al.*, « Comparison of baseline and repeated measure covariate techniques in the Framingham Heart Study », *Statistics in Medicine*, 7(1-2), 1988, p. 205-222.
26. J.N.K. Rao, C.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
27. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
28. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap variance estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Annual Meeting of the American Statistical Association*, Survey Research Methods Section, August 1999, Baltimore, American Statistical Association, 1999.
29. D.L. Patrick, A. Cheadle, D.C. Thompson *et al.*, « The validity of self-reported smoking: a review and metaanalysis », *American Journal of Public Health*, 84(7), 1994, p. 1086-1093.



Annexe

Tableau A

Rapports de cotes corrigés exprimant la relation entre certaines caractéristiques des fumeurs quotidiens et l'abandon du tabac au cours d'une période de deux ans, selon le sexe, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Rapports de cotes corrigés ¹	Intervalle de confiance à 95 %	Rapports de cotes corrigés ¹	Intervalle de confiance à 95 %	Rapports de cotes corrigés ¹	Intervalle de confiance à 95 %	Rapports de cotes corrigés ¹	Intervalle de confiance à 95 %
Variables d'usage du tabac								
Nombre de cigarettes par jour								
1 à 9 (petit fumeur)	2,5 ⁶	1,7 - 3,7	1,7 ⁶	1,1 - 2,5				
10 à 24 (fumeur moyen)	1,1	0,9 - 1,5	1,0	0,7 - 1,4				
25 et plus (grand fumeur) ²	1,0	...	1,0	...				
Première cigarette de la journée³								
Dans les 30 minutes après le réveil	0,6 ⁶	0,4 - 0,8	0,7 ⁶	0,5 - 1,0				
De 31 à 60 minutes après le réveil	0,8	0,5 - 1,1	1,0	0,7 - 1,4				
Plus de 60 minutes après le réveil ²	1,0	...	1,0	...				
Âge au début de l'usage du tabac								
Moins de 18 ans ²	1,0	...	1,0	...				
18 ans et plus	1,4 ⁶	1,1 - 1,7	1,3 ⁶	1,0 - 1,6				
Foyer sans fumée								
Oui	1,1	0,8 - 1,6	1,3	1,0 - 1,9				
Non ²	1,0	...	1,0	...				
Interdiction de fumer au travail³								
(travailleurs de 18 à 54 ans)								
Oui	0,9	0,7 - 1,4	0,8	0,6 - 1,2				
No ²	1,0	...	1,0	...				
Problèmes de santé chroniques								
Vasculaires								
Au moins un nouveau problème	2,9 ⁶	2,0 - 4,2	2,4 ⁶	1,7 - 3,3				
Au moins un problème existant	0,8	0,6 - 1,2	1,1	0,7 - 1,5				
Aucun ²	1,0	...	1,0	...				
Respiratoires								
Au moins un nouveau problème	0,8	0,5 - 1,5	0,7	0,4 - 1,2				
Au moins un problème existant	0,8	0,5 - 1,2	1,0	0,7 - 1,4				
Aucun ²	1,0	...	1,0	...				
Comportements influant sur la santé								
Indice de masse corporelle (IMC)								
Pas d'excès de poids (< 25) ²	1,0	...	1,0	...				
Excès de poids/obèse (≥ 25)	1,1	0,9 - 1,4	1,1	0,8 - 1,3				
Abus mensuel d'alcool								
Oui	0,8	0,6 - 1,0	0,7 ⁶	0,5 - 0,9				
Non ²	1,0	...	1,0	...				
Facteurs psychosociaux								
Détresse psychologique								
Faible ²	1,0	...	1,0	...				
Moyenne	0,7 ⁶	0,6 - 0,9	0,9	0,7 - 1,2				
Intense	0,7 ⁶	0,5 - 1,0	0,9	0,7 - 1,3				
Faible soutien émotionnel⁴								
Oui	0,6 ⁶	0,4 - 0,9	0,8	0,5 - 1,3				
Non ²	1,0	...	1,0	...				
Stress chronique⁵								
0 à 1 facteur de stress (faible) ²	1,0	...	1,0	...				
2 à 5 facteurs de stress (moyen)	1,2	0,8 - 1,9	0,8	0,5 - 1,2				
6+ facteurs de stress (élevé)	1,0	0,6 - 1,7	0,5 ⁶	0,3 - 0,8				
Facteurs sociodémographiques								
Groupe d'âge								
18 à 29 ans	1,0	0,8 - 1,4	1,5 ⁶	1,1 - 2,0				
30 à 64 ans ²	1,0	...	1,0	...				
65 ans et plus	1,3	0,9 - 1,9	1,1	0,7 - 1,5				
Niveau de scolarité								
Pas de diplôme d'études secondaires								
Diplôme d'études secondaires ²	1,0	...	1,0	...				
Certaines études postsecondaires								
Diplôme d'études postsecondaires	1,6 ⁶	1,1 - 2,2	1,2	0,9 - 1,7				
Revenu du ménage								
Inférieur/moyen-inférieur²								
Moyen/moyen-supérieur/supérieur	1,7 ⁶	1,2 - 2,3	1,4 ⁶	1,1 - 1,8				
Enfant(s) de 5 ans ou moins dans le ménage								
Oui	1,4 ⁶	1,0 - 1,8	0,9	0,7 - 1,2				
Non ²	1,0	...	1,0	...				

Nota : Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure/supérieure est égale à 1,0 sont significatifs.

1 Corrigé pour tenir compte du nombre de cigarettes fumées par jour, de l'âge au moment du début de l'usage du tabac, de la situation de foyer sans fumée, des problèmes de santé chroniques (vasculaires et respiratoires), de l'IMC, de l'abus mensuel d'alcool, de la détresse psychologique, de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage et de la présence d'enfants de 5 ans ou moins dans le ménage.

2 Catégorie de référence.

3 Fondé sur les cohortes 2, 3 et 4 (voir Techniques d'analyse).

4 Fondé sur les cohortes 1 et 2 (voir Techniques d'analyse).

5 Fondé sur les cohortes 1 et 4 (voir Techniques d'analyse).

6 $p < 0,05$

... N'ayant pas lieu de figurer.

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2002-2003, Fichier longitudinal carré



Tableau B

Rapports de cotes corrigés exprimant la relation entre certaines caractéristiques chez les anciens fumeurs quotidiens et la rechute au cours d'une période de deux ans, selon le sexe, population à domicile de 18 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	Rapports de cotes corrigés ¹	Intervalle de confiance à 95 %	Rapports de cotes corrigés ¹	Intervalle de confiance à 95 %	Rapports de cotes corrigés ¹	Intervalle de confiance à 95 %	Rapports de cotes corrigés ¹	Intervalle de confiance à 95 %
Variables d'usage du tabac								
Années écoulées depuis l'abandon du tabac								
2 ou moins	18,9 ⁵	12,0 - 29,7	18,3 ⁵	11,1 - 30,1				
3 à 5	4,3 ⁵	2,4 - 7,6	4,4 ⁵	2,4 - 8,2				
Plus de 5 ²	1,0	...	1,0	...				
Nombre de cigarettes par jour								
1 à 9 (petit fumeur) ²	1,0	...	1,0	...				
10 à 24 (fumeur moyen)	2,1 ⁵	1,2 - 3,7	2,5 ⁵	1,5 - 4,3				
25 et plus grand fumeur)	1,6	0,8 - 3,2	2,9 ⁵	1,6 - 5,4				
Âge au début de l'usage du tabac								
Moins de 18 ans	1,1	0,7 - 1,7	1,2	0,8 - 1,8				
18 ans et plus ²	1,0	...	1,0	...				
Foyer sans fumée								
Oui	0,6 ⁵	0,4 - 0,9	1,0	0,6 - 1,6				
Non ²	1,0	...	1,0	...				
Problèmes de santé chroniques								
Vasculaires								
Un ou plus	1,0	0,6 - 1,6	0,7	0,4 - 1,1				
Aucun ²	1,0	...	1,0	...				
Respiratoires								
Un ou plus	1,3	0,7 - 2,5	0,5 ⁵	0,3 - 1,0				
Aucun ²	1,0	...	1,0	...				
Comportements influant sur la santé								
Indice de masse corporelle (IMC)								
Pas d'excès de poids (< 25) ²	1,0	...	1,0	...				
Excès de poids/obèse (≥ 25)	0,6 ⁵	0,5 - 0,9	1,1	0,8 - 1,5				
Abus mensuel d'alcool								
Oui	1,1	0,7 - 1,5	1,4	0,7 - 2,5				
Non ²	1,0	...	1,0	...				
Facteurs psychosociaux								
Détresse psychologique								
Faible ²	1,0	...	1,0	...				
Moyenne	1,0	0,7 - 1,5	0,9	0,6 - 1,4				
Intense	0,9	0,5 - 1,7	1,7 ⁵	1,0 - 2,8				
Faible soutien émotionnel³								
Oui	0,9	0,5 - 1,6	1,6	0,8 - 3,0				
Non ²	1,0	...	1,0	...				
Stress chronique⁴								
0 à 1 facteur de stress (faible) ²	1,0	...	1,0	...				
2 à 5 facteurs de stress (moyen)	1,0	0,5 - 1,8	1,9 ⁵	1,1 - 3,4				
6+ facteurs de stress (élevé)	1,0	0,4 - 2,3	2,8 ⁵	1,4 - 5,6				
Facteurs sociodémographiques								
Groupe d'âge								
18 à 29 ans	1,0	0,7 - 1,7	2,1 ⁵	1,3 - 3,4				
30 à 64 ans ²	1,0	...	1,0	...				
65 ans et plus	0,5	0,3 - 1,1	0,7	0,4 - 1,3				
Niveau de scolarité								
Pas de diplôme d'études secondaires								
18 à 29 ans	1,0	0,6 - 1,8	1,2	0,7 - 2,1				
Diplôme d'études secondaires ²	1,0	...	1,0	...				
Certaines études postsecondaires								
18 à 29 ans	1,0	0,6 - 1,9	1,2	0,7 - 2,0				
Diplôme d'études postsecondaires	0,9	0,5 - 1,7	0,9	0,6 - 1,6				
Revenu du ménage								
Inférieur/moyen-inférieur	1,4	0,9 - 2,4	1,2	0,8 - 1,7				
Moyen/moyen-supérieur/supérieur ²	1,0	...	1,0	...				
Enfant(s) de 5 ans ou moins dans le ménage								
Oui	1,5	1,0 - 2,4	0,9	0,6 - 1,3				
Non ²	1,0	...	1,0	...				

Nota : Les données ayant été arrondies, certains intervalles de confiance dont la borne inférieure/supérieure est égale à 1,0 sont significatifs.

¹ Corrigé pour tenir compte du nombre d'années écoulées depuis l'abandon du tabac, du nombre de cigarettes fumées par jour, de l'âge au moment du début de l'usage du tabac, de la situation de foyer sans fumée, des problèmes de santé chroniques (vasculaires et respiratoires), de l'IMC, de l'abus mensuel d'alcool, de la détresse psychologique, de l'âge, du niveau de scolarité, du revenu du ménage et de la présence d'enfants de 5 ans ou moins dans le ménage.

² Catégorie de référence.

³ Fondé sur les cohortes 1 et 2 (voir Techniques d'analyse).

⁴ Fondé sur les cohortes 1 et 4 (voir Techniques d'analyse).

⁵ $p < 0,05$

... N'ayant pas lieu de figurer.

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995 à 2002-2003, Fichier longitudinal carré



Définitions

Pour classer les fumeurs, l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) contiennent les questions :

1. Actuellement, fumez-vous des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais?
2. Avez-vous déjà fumé des cigarettes tous les jours?

Les *fumeurs quotidiens* sont ceux qui répondent « tous les jours » à la question 1 et les *fumeurs occasionnels* sont ceux qui répondent « à l'occasion ». Les *anciens fumeurs quotidiens* sont ceux qui répondent « jamais » à la question 1 et « oui » à la question 2.

Pour définir l'*abandon du tabac* et la *rechute*, on a considéré les paires successives de cycles de l'ENSP, qui sont réalisés tous les deux ans. Pour chaque paire de cycles, on a déterminé la situation d'usage du tabac pour l'entrevue de référence et pour l'entrevue de suivi. Les personnes qui ont arrêté de fumer, c'est-à-dire les « *renonceurs* », sont celles qui ont déclaré qu'elles fumaient des cigarettes tous les jours au moment de l'entrevue de référence et qu'elles ne fumaient jamais au moment de l'entrevue de suivi. Les « *rechuteurs* » sont les anciens fumeurs quotidiens au moment de l'entrevue de référence qui ont déclaré qu'ils fumaient tous les jours au moment de l'entrevue de suivi.

Pour évaluer l'*intensité de l'usage du tabac*, on a demandé aux fumeurs quotidiens et aux anciens fumeurs quotidiens le nombre de cigarettes qu'ils fumaient chaque jour. Les petits fumeurs sont ceux qui ont répondu de 1 à 9, les fumeurs moyens, de 10 à 24 et les grands fumeurs, 25 et plus.

L'*âge au début de l'usage du tabac* a été déterminé au moyen de la question : « À quel âge avez-vous commencé à fumer des cigarettes tous les jours? » Les réponses ont été regroupées en deux catégories : moins de 18 ans et 18 ans et plus.

Le moment de la *première cigarette de la journée* a été déterminé au moyen de la question : « Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette? » Les catégories de réponse possible étaient : dans les 5 premières minutes, 6 à 30 minutes après le réveil, 31 à 60 minutes après le réveil, plus de 60 minutes après le réveil.

L'existence d'un *foyer sans fumée* a été déterminée par une réponse « non » à la question : « Est-ce qu'un membre du ménage fume habituellement à l'intérieur de la maison? »

Les *interdictions de fumer au lieu de travail* ont été évaluées en posant aux personnes qui ont un emploi et qui ont participé à l'ENSP une question sur les restrictions de l'usage du tabac à leur lieu de travail. Les réponses

possibles étaient : complètement défendu, permis seulement dans des endroits désignés, défendu seulement en certains endroits, pas défendu du tout. On a comparé le groupe de personnes qui ont répondu « complètement défendu » aux trois autres catégories regroupées.

Trois *groupes d'âge* ont été établis pour l'analyse : de 18 à 29 ans, de 30 à 64 ans et 65 ans et plus.

Les participants à l'ENSP ont été regroupés en quatre catégories de *niveau de scolarité*, d'après le plus haut niveau d'études atteint : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, certaines études postsecondaires et diplôme d'études postsecondaires.

On a défini les *groupes de revenu du ménage* d'après la taille du ménage et le revenu total provenant de toutes les sources durant les 12 mois qui ont précédé l'entrevue :

Groupe de revenu du ménage	Nbre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieur	1 à 4	Moins de 10 000 \$
	5 ou plus	Moins de 15 000 \$
Moyen-inférieur	1 ou 2	De 10 000 \$ à 14 999 \$
	3 ou 4	De 10 000 \$ à 19 999 \$
	5 ou plus	De 15 000 \$ à 29 999 \$
Moyen	1 ou 2	De 15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	De 20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	De 20 000 \$ à 59 999 \$
Moyen-supérieur	1 ou 2	De 30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	De 40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	De 60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieur	1 ou 2	60 000 \$ et plus
	3 ou plus	80 000 \$ et plus

On a demandé aux participants à l'enquête s'ils souffraient de « problèmes de santé de longue durée diagnostiqués par un professionnel de la santé qui persistent ou qui devraient persister six mois ou plus ». L'intervieweur a lu une liste de *problèmes de santé chroniques*. Deux groupes de problèmes ont été retenus pour l'analyse : les *problèmes vasculaires* (hypertension, maladie cardiaque, troubles dus à un accident vasculaire cérébral et diabète) et les *problèmes respiratoires* (asthme et bronchite chronique ou emphysème). Dans l'analyse de l'abandon du tabac, on a également considéré trois sous-catégories pour chaque groupe de problèmes de santé chroniques : les personnes chez lesquelles on a diagnostiqué au moins un nouveau problème entre l'entrevue de référence et



Définitions - suite

l'entrevue de suivi, celles chez lesquelles on n'a pas diagnostiqué de nouveau problème, mais qui avaient déclaré au moins un problème au moment de l'entrevue de référence, et celles qui n'ont déclaré aucun problème.

Pour déterminer l'*abus d'alcool*, on a demandé aux participants à l'enquête le nombre de fois qu'ils ont bu cinq verres d'alcool ou plus à une même occasion l'année précédente. On a considéré comme de grands buveurs ceux qui ont répondu au moins une fois par mois. (Au cycle 1, on a demandé aux participants à l'ENSP le nombre exact de fois qu'ils avaient bu cinq verres ou plus à une même occasion l'année qui a précédé l'enquête. On a classé dans la catégorie des grands buveurs les personnes qui ont répondu 12 fois ou plus).

On a défini le *poïds* en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC), que l'on calcule en divisant le poids exprimé en kilos par le carré de la taille exprimée en mètres. L'IMC ne se calcule pas pour les femmes enceintes. D'après les normes de l'Organisation mondiale de la santé²¹, on a défini deux catégories d'IMC : excès de poids ou obèse (IMC égal ou supérieur à 25) et pas d'excès de poids (IMC inférieur à 25.0).

Le *soutien émotionnel* perçu a été évalué au moyen de quatre questions à réponse « Oui/non ».

- Avez-vous une personne à qui vous confier ou à qui vous pouvez parler de vos sentiments ou préoccupations intimes ?
- Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise ?
- Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter pour des conseils lorsque vous devez prendre des décisions personnelles importantes ?
- Connaissez-vous quelqu'un qui vous donne le sentiment d'être aimé(e) et choyé(e) ?

Les personnes qui ont répondu « Non » à au moins une question ont été considérées comme ayant un faible soutien émotionnel.

L'évaluation de la *détresse psychologique* est fondée sur les réponses aux questions suivantes :

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes vous senti(e) :

- ... si triste que plus rien ne pouvait vous faire sourire ?
- ... nerveux(se) ?
- ... agité(e) ou ne tenant pas en place ?
- ... désespéré(e) ?
- ... bon(ne) à rien ?
- ... que tout était un effort ?

La réponse à chaque question a été donnée au moyen d'une échelle à cinq points : tout le temps (score 4), la plupart du temps (3), parfois (2), rarement (1) ou jamais (0). Pour chaque personne, on a totalisé les scores obtenus pour les diverses réponses. Le score total peut varier de 0 à 24, la détresse étant d'autant plus grande que le score est élevé. On a défini qu'un score égal ou supérieur à 7 (score moyen par item supérieur à 1) correspondait à une forte détresse, un score de 1 à 6, à une détresse moyenne et un score nul, à une faible détresse.

Pour évaluer le *stress chronique*, on a utilisé 17 énoncés pour chacun desquels il fallait indiquer s'il était « vrai » ou « faux » :

- 1) Vous essayez d'entreprendre trop de choses en même temps.
- 2) Vous ressentez trop de pression pour être comme les autres.
- 3) Les autres attendent trop de votre part.
- 4) Vous n'avez pas assez d'argent pour acheter les choses dont vous avez besoin.
- 5) Votre conjoint(e) ne vous comprend pas.
- 6) Votre conjoint(e) ne vous témoigne pas assez d'affection.
- 7) Votre conjoint(e) n'est pas suffisamment engagé(e) dans votre relation.
- 8) Vous trouvez qu'il est très difficile de trouver quelqu'un/une avec qui vous êtes compatible.
- 9) Un de vos enfants semble être très malheureux.
- 10) Le comportement d'un de vos enfants vous inquiète sérieusement.
- 11) Votre travail à la maison n'est pas apprécié.
- 12) Vos amis ont une mauvaise influence sur vous.
- 13) Vous aimeriez déménager, mais vous ne le pouvez pas.
- 14) L'endroit où vous habitez est trop bruyant ou trop pollué.
- 15) Un de vos parents, un de vos enfants ou votre conjoint(e) est en très mauvaise santé et pourrait mourir.
- 16) Quelqu'un dans votre famille a un problème d'alcool ou de drogue.
- 17) Les gens sont trop critiques à votre égard ou critiquent trop ce que vous faites.

On a considéré que le stress était intense si la réponse était « vrai » pour six items ou plus, qu'il était moyen si la réponse était « vrai » pour deux à cinq items et qu'il était faible, si la réponse était « vrai » pour un ou aucun item.



Sources de données

Les données chronologiques sur l'usage du tabac pour la période allant de 1994-1995 à 2003 sur lesquelles se fonde l'article proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Les données ayant trait au milieu des années 1960 proviennent de l'Enquête sur les habitudes de fumer, 1966, et couvrent la population de 17 ans et plus.

Enquête nationale sur la santé de la population :

Depuis 1994-1995, Statistique Canada réalise tous les deux ans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) en vue de recueillir des renseignements sur la santé de la population canadienne. L'enquête couvre la population à domicile et les résidents des établissements de santé de toutes les provinces et de tous les territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées.

Pour chacun des trois premiers cycles (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999), on a produit deux fichiers transversaux: le fichier général et le fichier santé. Le Fichier général contient des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et la santé pour tous les membres des ménages participants (recueillis au moyen du questionnaire général). Le Fichier santé contient des renseignements détaillés supplémentaires sur la santé (recueillis au moyen du questionnaire sur la santé) au sujet d'un membre du ménage sélectionné au hasard, ainsi que les renseignements généraux sur cette personne provenant du Fichier général. À partir du cycle de 2000-2001 (cycle 4), l'ENSP est devenue une enquête strictement longitudinale et les questionnaires général et santé ont été combinés.

Pour les trois premiers cycles, on calcule deux taux de réponse transversaux, au niveau des ménages et au niveau individuel. Le taux de réponse au niveau du ménage est fondé sur le nombre de ménages pour lesquels on a recueilli au moins toutes les réponses au questionnaire général pour le membre du ménage sélectionné au hasard. Pour chaque cycle, le Fichier général comprend les enregistrements pour tous les membres des ménages répondants. Le taux de réponse au niveau individuel est fondé sur les ménages répondants pour lesquels les réponses au questionnaire sur la santé ont été recueillies pour le membre du ménage sélectionné au hasard. Pour 1994-1995, le taux de réponse au niveau du ménage est de 88,7 % et le taux de réponse au niveau individuel, de 96,1 %. Pour 1996-1997, les taux correspondants sont de 82,6 % et de 95,6 %, et pour 1998-1999, de 87,6 % et de 98,5 %.

Les données chronologiques sur l'usage du tabac présentées pour 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 ont été produites d'après les Fichiers santé transversaux de l'ENSP pour ces années-là. Le calcul des taux est fondé sur la population à domicile de 18 ans et plus des dix provinces.

Un fichier longitudinal est également produit pour chaque cycle. En 1994-1995, on a sélectionné au hasard, une personne dans chacun des ménages faisant partie de l'échantillon, pour former le panel longitudinal (17 276) et on a suivi les membres de ce panel au cours du temps. Les taux de réponse pour ce panel sont de 92,8 % pour le cycle 2 (1996-1997), de 88,2 % pour le cycle 3 (1998-1999), de 84,8 % pour le cycle 4 (2000-2001) et de 80,6 % pour le cycle 5 (2002-2003).

L'analyse des facteurs associés à l'abandon du tabac et à la rechute présentée dans l'article est fondée sur le fichier longitudinal « carré » du cycle 5 (2002-2003) qui contient les enregistrements pour tous les membres du panel sélectionné au départ pour lesquels l'information du cycle 1 est disponible, que l'on ait recueilli ou non l'information à leur sujet au cours des cycles ultérieurs. Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP sont décrits plus en détail dans des rapports déjà publiés^{22,23}.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes :

Les taux chronologiques d'usage du tabac pour 2001-2002 et 2003 sont calculés d'après les données sur la population de 18 ans et plus provenant des cycles 1.1 et 2.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Cette dernière est conçue pour recueillir tous les deux ans des renseignements transversaux sur la santé de la population canadienne. Elle couvre la population à domicile de 12 ans et plus des provinces et des territoires, à l'exception des résidents des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. Le cycle 1.1 a débuté en septembre 2000 et s'est poursuivi pendant 14 mois. La majorité des entrevues ont été réalisées sur place. Le taux de réponse a été de 84,7 %, ce qui a produit un échantillon de 131 535 personnes. Le cycle 2.1 a débuté en janvier 2003 et s'est terminé en décembre de cette année-là. La plupart des entrevues ont été réalisées par téléphone. Le taux de réponse a été de 80,6 %, ce qui a donné un échantillon de 135 573 personnes. La méthodologie de l'ESCC est décrite dans un rapport déjà publié²⁴.



Techniques d'analyse

Les taux d'usage quotidien et occasionnel du tabac pour 1994-1995 à 2003 sont estimés d'après les données transversales de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Les analyses des facteurs associés à l'abandon du tabac et à la rechute sont fondées sur les données longitudinales provenant des cycles 1 à 5 de l'ENSP (1994-1995 à 2002-2003). Pour les deux ensembles d'analyses, on a utilisé une technique de « regroupement des observations répétées » combiné à l'analyse par régression logistique^{15,25}. Cette technique est particulièrement utile pour prédire le risque à court terme d'un événement quand on s'attend à ce que les facteurs de risque associés à l'événement évoluent au cours du temps²⁵. Il en est ainsi de l'abandon du tabac, durant lequel la plupart des fumeurs rechutent plusieurs fois avant d'arrêter de fumer pour de bon. En outre, les facteurs de risque tels que les niveaux de soutien émotionnel et de stress peuvent varier au fil du temps⁴.

L'analyse des facteurs associés à l'abandon du tabac est fondée sur quatre cohortes d'observations regroupées. Les années de référence pour les quatre cohortes sont 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999 et 2000-2001. Pour chaque année de référence, on a sélectionné tous les fumeurs quotidiens de 18 ans et plus. On a défini comme étant un « renonceur » une personne qui a déclaré ne pas fumer lors de l'entrevue de suivi deux ans plus tard.

Taille des échantillons pour les fumeurs quotidiens et les « renonceurs »

Cohorte	Fumeurs quotidiens (référence)		« Renonceurs » (suivi)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1 1994-1995 à 1996-1997	1 650	1 701	146	180
2 1996-1997 à 1998-1999	1 538	1 532	189	157
3 1998-1999 à 2000-2001	1 325	1 413	180	195
4 2000-2001 à 2002-2003	1 095	1 145	178	181
Total	5 608	5 791	693	713

Puis, on a soumis cet ensemble d'observations regroupées à l'analyse par régression logistique pour examiner les caractéristiques des fumeurs durant l'année de référence de chaque intervalle de deux ans en relation avec l'abandon du tabac deux ans plus tard. On a utilisé l'analyse par régression logistique multiple pour estimer l'effet de chaque facteur conditionnellement aux effets d'une combinaison de facteurs. Les variables incluses dans le modèle multivarié ont été sélectionnées en tenant compte des données de la littérature et des données recueillies dans le cadre

de l'ENSP : intensité de l'usage du tabac, âge au début de l'usage du tabac, foyer sans fumée, âge, niveau de scolarité, revenu du ménage, présence de jeunes enfants dans le ménage, problèmes de santé chroniques (vasculaires et respiratoires), IMC, abus mensuel d'alcool et détresse psychologique. Les données sur certaines variables n'ont pas été recueillies lors de chaque cycle. Le cas échéant, on a exécuté les modèles de régression logistique uniquement sur les cohortes pour lesquelles l'information avait été recueillie pour l'année de référence. Ces variables incluent le moment de la première cigarette de la journée (cohortes 2, 3, 4), les interdictions de fumer au lieu de travail (cohortes 2, 3, 4), le soutien social (cohortes 1, 2) et le stress chronique (cohortes 1, 4).

L'analyse des facteurs associés à la rechute a été réalisée de la même façon. Pour chacune des quatre années de référence, on a sélectionné les anciens fumeurs quotidiens de 18 ans et plus (personne qui ne fumait pas au moment de l'entrevue, mais qui avait fumé quotidiennement dans le passé). On a considéré comme étant un « rechuteur » une personne faisant partie de cette population qui a déclaré qu'elle fumait quotidiennement lors de l'entrevue de suivi deux ans plus tard.

Taille des échantillons pour les anciens fumeurs quotidiens et les « rechuteurs »

Cohorte	Anciens fumeurs quotidiens (référence)		« Rechuteurs » (suivi)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1 1994-1995 à 1996-1997	1 602	1 429	68	69
2 1996-1997 à 1998-1999	1 595	1 449	72	84
3 1998-1999 à 2000-2001	1 522	1 382	67	48
4 2000-2001 à 2002-2003	1 575	1 551	54	64
Total	6,294	5 811	261	265

On a utilisé la régression logistique pour déterminer quels étaient les facteurs associés à la rechute, en tenant compte des mêmes variables que celles introduites dans les modèles sur l'abandon du tabac. De nouveau, les associations avec les variables pour lesquelles des données n'ont été recueillies que lors de certains cycles de l'ENSP ont été étudiées en se fondant sur les cohortes pertinentes.

La variance des taux de prévalence de l'usage du tabac, des taux d'abandon du tabac, des taux de rechute, des différences entre les taux et des différences entre les rapports de cotes a été calculée par la technique du bootstrap, qui tient compte des effets du plan de sondage²⁶⁻²⁸.



Limites

L'information sur la situation d'usage du tabac et sur l'intensité de l'usage du tabac est autodéclarée, si bien que certains fumeurs pourraient ne pas admettre qu'ils fument ou sous-estimer la quantité de cigarettes qu'ils consomment. Néanmoins, plusieurs études de validation ont montré que l'information autodéclarée sur l'usage du tabac concorde avec les résultats des analyses biochimiques²⁹.

La définition de l'abandon du tabac utilisée pour la présente analyse exige uniquement que les fumeurs déclarent qu'ils ne fumaient pas lors de l'entrevue de suivi réalisée deux ans après l'entrevue de référence. Le temps écoulé depuis l'abandon du tabac est inconnu, si bien que le groupe pourrait comprendre des personnes qui ont cessé de fumer le jour avant l'entrevue de suivi, ainsi que des personnes qui ne fumaient plus depuis presque deux ans. Pareillement, certaines personnes qui ont déclaré avoir recommencé à fumer pourraient avoir rechuté le jour avant l'entrevue de suivi, tandis que d'autres pourraient avoir recommencé à fumer près de deux ans plus tôt. La mesure dans laquelle cette diversité parmi les « renonceurs » et les « rechuteurs » influence les associations avec les facteurs observés au moment de l'entrevue de référence est inconnue.

Pour maximiser la taille de l'échantillon et augmenter la précision des estimations, l'échantillon considéré pour les analyses de l'abandon du tabac et de la rechute comprend toutes les personnes qui ont participé au cycle 1 de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), indépendamment de leur situation de réponse lors des cycles subséquents. Dans le cas de l'analyse de l'abandon du tabac, on a créé des enregistrements d'abandon du tabac sur deux ans pour les personnes qui fumaient quotidiennement lors de l'entrevue de référence et pour lesquelles la situation d'usage du tabac était connue lors de l'entrevue de suivi (voir *Techniques d'analyse*). De même, on a créé des enregistrements de rechute au cours des deux dernières années pour les personnes qui étaient d'anciens fumeurs quotidiens lors de l'entrevue de référence et dont la situation d'usage du tabac était connue lors de l'entrevue de suivi. Aucun enregistrement n'a été créé en vue d'être inclus dans l'analyse pour les cas de non-réponse lors de l'entrevue de référence ou de l'entrevue de suivi. Les poids de sondage utilisés ont été déterminés d'après le type de réponse au cycle 1 et n'ont pas été rajustés pour tenir compte de la

non-réponse subséquente, ce qui pourrait introduire un biais dans les estimations si les caractéristiques des personnes qui ont continué de participer au panel longitudinal diffèrent de celles des non-répondants.

Pour évaluer le biais éventuel de non-réponse, on a comparé les caractéristiques au moment de l'entrevue de référence des personnes qui ont continué de participer à l'enquête et de celles qui ont décroché. En tout, 12 750 personnes ont été identifiées comme étant des fumeurs quotidiens lors des quatre entrevues de référence; 11 399 ont été incluses dans l'analyse et 1 351 en ont été exclues à cause d'une non-réponse lors de l'entrevue de suivi. Pour l'analyse de la rechute, 13 083 anciens fumeurs quotidiens ont été identifiés lors des quatre entrevues de référence; 12 105 ont été inclus dans l'analyse et 978 ont été éliminés parce qu'ils avaient cessé de participer à l'enquête. Pour les deux analyses, les personnes qui ont cessé de participer à l'enquête étaient un peu plus susceptibles d'être de sexe masculin, d'être jeunes (12 à 29 ans) et d'avoir un faible revenu que celles qui ont continué d'y participer. Pour l'analyse sur l'abandon du tabac, le décrochage est également associé au fait de ne pas avoir obtenu de diplôme d'études secondaires. L'intensité de l'usage du tabac n'est associée au décrochage dans aucune des deux analyses.

Dans certains cas, la petite taille de l'échantillon a empêché d'examiner certaines variables. Par exemple, alors que le diagnostic d'un cancer pourrait être associé à l'abandon du tabac, les tailles d'échantillon sont trop faibles pour tenir compte de cette variable. En outre, les contraintes de taille d'échantillon ont rendu nécessaire l'utilisation de groupes d'âge plus étendus (18 à 29 ans, 30 à 64 ans et 65 ans et plus), ce qui pourrait masquer certaines associations qui seraient évidentes si une ventilation plus fine selon l'âge avait été possible.

L'ENSP est conçue pour recueillir des renseignements sur la situation d'usage du tabac auprès des membres du panel longitudinal uniquement; aucune information n'est recueillie sur l'usage du tabac des autres membres du ménage. Par conséquent, on n'a pas pu déterminer si la présence d'autres fumeurs dans le ménage est associée à l'abandon du tabac ou à la rechute. De surcroît, si l'on avait pu tenir compte de l'effet de cette variable, les associations entre l'abandon du tabac, la rechute et l'existence ou non d'un foyer sans fumée auraient peut-être été différentes.

